

## 第 4 章

---

### これから支援に入る方に伝えたいこと

現場での経験を踏まえてこれから支援に入る方々に伝えたいことをご執筆いただきました。現地のニーズに基づくということ，そして外部からの支援はどうあるべきかを感じ取っていただけますと幸いです。

## はじめに

当たり前のことですが、人は当事者にならないければ、当事者に学ぶことができなければ、想定外の事象を客観的にとらえることはできません。本来あるべき被災地支援とは、被災している当事者が、被災地が、現場が求めている支援とは何かを理解した上で提供されるべきものですが、そのような支援を実施することはきわめて難しいことです。本稿では、3月11日の震災後、自分自身の周りに起こったことを振り返りながら、理想論ではなく、あるべき論でもなく、筆者自身の経験を通して現場が求めている支援について考察しました。

### 1. 岩室紳也の初動

3月11日（金）、東京都町田市での講演中に震災に遭遇し、講演会が中止になったためすぐに車で自宅に戻り、津波が仙台平野をゆっくりと覆っていく映像などのテレビ中継を見ながら呆然としていました。自分にできることとしてインターネットを活用したメーリングリストでの情報交換、ホームページでの情報の集約と提供といったことを思いつき、実際にサイトを立ち上げる行動に移す3月14日（月）までに3日。その後、サイトの更新に追われ、陸前高田市に関わっているであろう佐々木亮平氏（p.121）にメールを打ったのが9日後の3月20日（日）。彼とのつながりで陸前高田市入りしたのが実に1カ月以上経った4月13日（水）でした。敢えてこの経過を記載したのは、何事にも経過（プロセス）が必要であり、理想通りには行かないことを私自身が実感させられたからです。

## 2. 当事者の率直な声が届かない事実

私の陸前高田市入りが業務命令で派遣されるルートと異なっていたからこそ聞こえてくる率直な声、事実がありました。佐々木氏とはHIV/AIDS予防啓発活動を通した10年来の交流があり、陸前高田市でも講演をさせてもらっていました。長い付き合い、関係性があったからこそ事前に適切な助言を数多くいただきました。

津波でかつての同僚だった9人の保健師の内6人が、市役所職員の4分の1が亡くなり、佐々木氏でさえも陸前高田市に入る際に、元同僚らの安否さえも聞けない状況の中で支援活動に入ったこと。ご挨拶をさせていただいた市長さんをはじめ、多くの市役所職員、関係者、市民の方々が家族を、家を失い、いまだに津波に巻き込まれた恐怖と向き合いつつ、後片付けもできないまま、業務に復帰したり、避難所の運営に当たったりしている事実をわかる範囲で事前に教えていただきました。しかし、お会いした方々は被災者であるにも関わらず一人ひとりができることを淡々とこなしていってしまっていました。このような事実を知っていても不用意な言葉を使ってしまったと反省させられることが少なくありませんでした。

## 3. 必要と思うことは自分でする

その陸前高田市で保健医療福祉の復興に向けた目標や道筋をみんなで共有する必要があるのではないかと考えました。で、どうしたか。公衆衛生ねっと<sup>1)</sup>のメーリングリストに呼びかけると、大分県の藤内先生が本書紹介の「短中長期の保健医療再建計画策定案」を提示してくださいました(p.12)。それをベースに佐々木氏の助言を踏まえ「陸前高田市保健医療福祉復興計画(たたき台)」<sup>2)</sup>を作成し、陸前高田市で方向性を示す基本資料として使っています。短期支援に入っている保健チームには報告を求めています。市役所や保健所の方々にはいわゆるノルマ的な作業は一切求めています。

## 4. 現場が元気になる支援を

「現場の誰もが何をすべきかを知っている」。このことを支援に入る全ての

人が常に肝に銘じるべきです。現地に判断を仰ごうとする人がいますが、「指示してもらえれば何でもします」というのはいかに現場の混乱がわかっていないかを自ら言っているようなものです。現場がやりたいと思っていてもできずにいることを形にし、目に見えるようにしていく具体的な支援こそが現場に力を与え、納得して次へ進もうとする新しい力をも生み出すことにつながると実感しています。

インターネットサイト

- 1) <http://www.koshu-eisei.net/>
- 2) <http://www.koshu-eisei.net/saigai/rikuzentakada.html>

## 2

## 自己完結と重層的な仕組みで「現場のためになる」支援を

私は、平成 22 年 3 月で岩手県沿岸南部（気仙地区）を管轄する岩手県大船渡保健所の保健師として所属し、平成 19 年 4 月から陸前高田市と岩手県との人事交流で、3 年間、陸前高田市役所で勤務し、派遣期間終了とともに退職、現在に至っています。今回、退職から 1 年が経とうとしていた矢先の 3 月 11 日に東日本大震災が発生し、発災 5 日目から日本赤十字社秋田県支部医療救護班とともに陸前高田市入りし、今後、保健医療福祉部門に関する調整・統括役として、最低 2 年間は活動を継続する予定としています。被災地にも、支援に入る側にも顔が通じ、身をおけるという特殊な立場だからこそ言える、被災地に入る保健医療福祉従事者の皆様にお伝えしたいことを報告します。

### 1. 現場の声に耳を傾ける

一番にお伝えしたいことは、「常に現場の声に耳を傾け」かつそれに基づいて具体的に行動して欲しいということです。災害が起きると医療チーム、それに引き続いて保健や福祉の各分野の支援チームが入りますが、発災直後に入ったチームは、全体像の把握ができていない中での活動を余儀なくされます。今回の陸前高田市のように市街地の 86% が壊滅状態に陥った場合においては、行政機関（市役所）だけでなく、地元の医療機関や薬局、介護保険関連施設・事業所などのほとんどの保健医療福祉関連施設が流出し、同時に人（関係職員・スタッフ）も失っているため、お互いの情報共有すらできない状況でした。

### 2. 支援者同士で支援活動も自己完結して欲しい

支援チームは自身の生活環境を自己完結できるだけでなく、支援活動そのものについても自己完結できるようにすることが強く求められます。しか

し、私が現地入りした時点においても、ライフラインはもちろん、電話やインターネットは使用できず、車両用の燃料も不足していましたので、各支援チームの活動情報をもって調整・統括することはできていませんでした。それゆえに、各チームに判断が委ねられていたわけですが、被災地のことを知っている被災地の関係スタッフの力なくしては支援チームが活動することができないという矛盾が生じます。多くの場合、支援チームは短期間の交代制で入ってきますが、現地スタッフは交代できるわけもなく、新しいチームが入ってくるたびに同じような質問や意見を受け、対応せざるを得ない状況となっています。現場の声に耳を傾けるということと、現地の関係スタッフに依存するということは違います。わからないことは、「現地スタッフに聞けばよい。現地の判断を仰ぐ」という発想自体が、支援活動全体の効率化を低下させ、現地スタッフの健康を追い詰めることになります。

### 3. 現場と支援者をつなぐ重層的な仕組みの構築

また、支援に入った側は、過去の実験もふまえ、さまざまなことがみえ、気が付くことができます。それは貴重な意見であり、被災地に必要な情報ではあるのですが、それがはたしてその現場で直ちに使えるのか、現場の現状、実情にあうかどうかという謙虚さをもって発言して欲しいと思います。私は今回、被災地の現場側と外部からの支援側の間に入り、どちらの思いも受けながら活動していますが、その部分の調整が非常に難しいと感じています。しかし、実際にはこのような中間に重層的に架け橋となる支援者いることは大切です。すなわち、現地と外部からの短期支援者だけで解決するのではなく、私のように週1回入る人間がいて、大学に戻るとそれを支える教員（中村）がいて、遠くであっても岩室紳也先生（p.118）が、さらにその後ろには「公衆衛生ねっと」というインターネットの情報共有サイトがあるという重層的なシステムを作り上げることが必要です。重要なことは常に「現場のためになるのかどうか」という原点に常に立ち返ることです。お互いが遠慮をすることではなく、現地のためという思いは共通の目的ですので、そのための手段として行われるさまざまなメニューについて、押しつけではない本当の支援を、支援に入る皆様にはお願いしたいと思います。

# 3

## 災害亜急性期から慢性期に災害医療支援を初めて行うプライマリケア医師へ

### 1. 自分の安全は自分で確保する

余震は断続的だが継続的に起こり、津波を含めた再災害の危険はまだある。また、半壊した家屋に住む方々を訪問する時は、建家の倒壊などで外傷を負う危険性もあるし、がれきの中での作業などで、破傷風に罹患するリスクは常に存在する。リスクの高い場所で支援活動を行うときには、余震が発生したらどこにどのように避難するか、情報をどのように収集するかや、どう関係者に連絡するか、必要な治療を受けるための医療機関等はどこにあるかなどの情報や物品の準備などをしておく必要がある。自分の安全は自分で確保するのである。私の場合は、4月6日に宮城県入りして翌日の夜に、マグニチュード7.0の余震に遭遇した。宿泊場所は激しく揺れ、停電し水道も使用できなくなった。私はヘッドランプやラジオを含めた災害対策用品を持参していたが、恥ずかしながら十分に整理されていない自分の荷物から暗闇の中で見つけ出すことができなかった。携帯電話はすぐに通信不能となり、ラジオで何とか現在の状況を知ることができた。適度な緊張感と必要十分な物品準備が災害医療支援には必要である。

推奨される携帯品：懐中電灯やヘッドライト、ラジオ、現地の地図、軍手あるいは手袋など

### 2. 自分の生活管理は十分にする

支援する側も睡眠と水分摂取、食事などの管理は、計画的に行う必要がある。出たとこ勝負でいると、つぎつぎと仕事やミーティングなどが予定され、食事などに十分な時間をとることが困難になることがある。チームで行動する場合には、食事などの担当者を決め、朝食や常備食の購入を行うとよい。正直に告白すると、私は生活管理に失敗した。最初の3日間は朝に宿舎

で水1杯とドーナツ1つを頬張っただけで、夜中まで活動した。支援先のどこで食糧や水が手に入るのかわからなかったし、尋ねた人は皆自分でもっていたからだ。計画的な自分の生活管理は災害医療支援には必要である。

### 3. 自分の健康管理を十分にすること

日常的に服薬している人は、十分に薬を持参し、常に自分の身体的・心理的健康をモニターしよう。私の場合、アレルギー性結膜炎で充血しがちだった眼は、支援先でもいつも真っ赤だった。水道が利用できず保清がうまく行かなかった上に、持参した点眼薬も非日常的な忙しさにかまけて休薬しがちだったからだ。その上に、流した涙を手でこすったりしているうちに、左の下眼瞼は感染し、腫れ上がった。何だかどうでもよくなったが、これは危険なサインと気晴らしに夜桜を見に行って、きちんと保清と抗菌薬の内服を守ることにした。日常的に健康であっても侮ってはいけない。

推奨される携帯品：定期内服薬・外用薬，常備薬，ウェットティッシュ，コンタクトレンズと関連用品

### 4. 最高が最善ではない。何が最適か考える

上記は、被災地で一緒に働いた友人の言葉だが、災害亜急性期から慢性期における被災地支援の本質についている。被災地に赴くと、支援医師の豊富な知識や経験からみて、「あれもできていない」「これもできていない」と様々な指摘とともに、問題の掘り起こしや活動の立ち上げが行われる。しかし、一度立ち止まって考えてほしい。自己完結型支援活動という言葉があり、これは被災地に赴く際、食事や寝具など最低限の装備は被災した地元の人の迷惑にならないようにするという考えの下にあるが、これは支援活動そのものに関しても同様だ。重要なのは、community needs への対応を優先し、自分のしたい支援を行うことに固執しないこと。そして、最終的には被災された人やコミュニティが、現実的なかたちで自分たちの力で自分たちの生活を送れるように支えることなのだ、支援の全ての局面で明確に意識することだ。



## 4 支え合う力を活かす社会へ

被災地の農道で、胸を打たれることができました。

私はひとりレンタカーを飛ばして次の活動地へと急いでいたのですが、8歳と5歳ぐらいの兄弟が、私の車に向かって大きく手を振っていたのです。何事かとスピードを落とすと、兄が地面を何度も指差しました。その先をみると、なんと路面が大きく陥没しているではありませんか？ 私は手をあげて礼を述べ、大きくハンドルをきって陥没を避けました。バックミラーには、注意を促すべく次の車を待つ兄弟の姿が映っていました。

被災地では、誰もが誰かの役に立ちたいという気持ちに突き動かされ、自分の仕事を探していたのです。朝早くから、目頭が熱くなってしまいました。

「支え合い」というソーシャル・キャピタルが細やかに入り込んでいることが、今回の被災地支援の特徴ではないかと私は感じています。なお、ソーシャル・キャピタルとは、社会学や経済学などにおいて用いられる概念です。人々の協調行動が活発化することにより、社会の効率性を高めることができるという考え方で、社会のネットワークの重要性に注目しています。

もちろん、避難所の設置、がれきの撤去、物流の復旧など、政府がはたした役割を過小評価するべきではありません。しかし、公助（行政支援）よりも、共助（支え合い）や自助（生き抜く力）に、私たちは注目し、希望を見出していることは明らかです。

また、災害医療支援のイメージも大きく変わったように思います。かつて、災害医療というと、がれきの下の医療であるとか、多数の負傷者を前にしたトリアージ技術といったイメージが先行しがちでした。けれども、こうした専門性の高い災害医療とは発災直後の特殊な状況において求められるも

のです。今回、被災者に寄り添うような医療者が求められ、そこにメディアも注目していました。

その象徴が、米タイム誌で「世界で最も影響力のある 100 人」に選ばれた菅野武先生だと私は思います。宮城県南三陸町の志津川病院に勤務していた菅野先生は「津波警報後、患者を上階にすぐに移動させ、最後の患者が救出されるまで病院に滞在した」として世界的に評価されました。

専門的な活躍をしたわけではない菅野先生が、被災地における医療の象徴とされたわけですね。今回の災害報道では、専門医の活躍ではなく、高齢者と寄り添う医師が注目されています。期待される医師のイメージが変わりはじめており、平時であっても同様であることに私たち医師も気がつかなければなりません。

つまり、高齢者の増加に伴って、保健・医療・福祉がよりシームレスであることを国民は望むようになってきています。慢性疾患をもつ高齢者に満足を提供できるかが、医療制度においても、個別の医師においても強く求められるようになっていきます。もはや治すことは医療の主要な役割ではなくなってきたわけでしょう。そんな時代の転機に今回の災害が発生したといえるのかもしれない。

命を救う医療から、生活を支える医療へ。もちろん、どちらも大切ですが、そのギアの入れ方は地域社会が決めるべきです。とくに地域医療を支えるような中核病院は、ソーシャル・キャピタルを取り込みながら地域から学んでゆかなければなりません。具体的には、発言力のある患者会が育ったり、地域が企画する健康プロジェクトに協働しながら、病院が「健康のためのコミュニティスペース」としての機能を手に入れること。モノやカネを集約して医療が発展する時代は終わりました。東日本大震災の経験により、いよいよ、ヒトを活かす時代が来たのではないかと感じています。



石巻で実施された在宅被災者の訪問健康調査に集まった医療ボランティアたち、のべ340名が集結し、行政だけでは終了できないと考えられていた被災地11,721世帯のローラー作戦をたった3日間で終了させた。手前で挨拶しているのは石巻市の健康推進課長。行政とは当初から綿密に連携し、調査結果は行政へと引き継がれている。

かつて経験したことのない未曾有の災害が発生し、津波による全壊や浸水によって多くの方が避難所や自宅、仮設住宅などで不自由な生活を強いられている。震災直後から全国の医療従事者による支援が行われ、多くの被災者が医療を受けることができることは、被災地にいる著者としては誠に感謝の念にて厚く御礼申し上げる。

被災地の復興は刻一刻と行われており、現地の状況も目まぐるしく変化している。避難所は集団生活を余儀なくされているとはいえ、居住者の多くは健康人であり、疾患として高血圧、糖尿病、腰痛、白内障など慢性疾患がみられる。

感染症では市中感染症として急性上気道炎、気管支炎やインフルエンザ、感染性胃腸炎、がれきの撤去に伴う創傷などがみられる。加えて家庭の延長である避難所では、手指衛生や環境衛生、食中毒対策なども主たる感染症対策となる。したがって、今後長期化する状況も考慮し、私たち医療従事者と地域の保健衛生の専門家である保健師・保健所が連携し、その立場を尊重しつつ対応する必要がある。

漁業や農業など一次産業が主である東北地方において、被災者の精神的・経済的な負担は計り知れない状況が続いており、また行政担当者も被災者の一人であることが多く、現地の物的・人的リソースならびに連絡体制は限られているため、現場での調整では慎重な対応が必要なことがある。

宮城県や仙台市などの地域の行政、地域医療機関、大学は従来から連携して感染対策を行ってきた。東北大学では避難所向けの感染予防のための8カ条や、避難所におけるトイレ清掃のポイントなどのポスター（p.77, p.85）を作成した。また、医療従事者向けには避難所における感染対策マニュアル、

避難場所における抗インフルエンザ薬の予防投薬についてなどを作成し、地域の医療機関とともに対応している。被災地にお越しの際には、私どものウェブサイト（<http://www.tohoku-icnet.ac/>）もぜひご参考いただきたいとともに、現地における感染症対策でお気付きの点があれば、ご連絡いただければ幸いである。

